

FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Ce jeune que vous suivez sur le plan médical va être amené à réaliser dans le cadre de sa formation des travaux et gestes présentant un risque pour son état de santé. Ce document n'est pas un certificat médical mais une aide pour prioriser les visites du médecin de l'éducation nationale intervenant sur l'établissement.

Je soussigné(e), Docteur en médecine : _____

Lieu d'exercice : _____

a examiné l'élève :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____ à : _____

Demeurant : _____

En section : _____

Et constate ce jour son :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* au travail en hauteur |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à la conduite d'équipements de travail mobiles et servant au levage |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* au port de charges lourdes |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* au travail en milieu bruyant |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* au travail en milieu poussiéreux |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à l'utilisation d'agents chimiques |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à l'exposition à des agents biologiques |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à l'exposition aux vibrations mécaniques |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à l'exposition aux rayonnements |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à l'exposition à un risque d'origine électrique |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à l'utilisation d'appareils sous pression |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* à l'exposition aux températures extrêmes |
| <input type="checkbox"/> APTITUDE | <input type="checkbox"/> INAPTIDE* au travail sur machines dangereuses (absence de sécurité, pas d'arrêt en cas de chute ou de malaise) |

*En cas d'inaptitude joindre un courrier sous pli confidentiel expliquant **les raisons médicales**ⁱ pour la santé scolaire : celui-ci permettra de déterminer quels aménagements proposer à l'élève ou quelle nouvelle orientation.

Fait à _____ le _____

(Signature et cachet du médecin)

ⁱ l'avis qui vous est demandé est purement d'ordre médical : l'aspect législatif est traité par la direction du travail et le chef d'établissement. (ex : conduite d'engin et enfant mineur)